


542037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
04/05/21

4-Data de Autorização
04/05/21

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8552405

7-Data Validade da Senha
02/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020253721750000102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
NAVARRA DE MOURA

29/11/2010

15-Nome do titular do plano
FERNANDA MARQUES DE MOURA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
MELISSA YONEKURA

18-Número no CRO
60893

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
115755042861

22-Nome do Contratado Executante
MELISSA YONEKURA

23-Número no CRO
60893

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
MELISSA YONEKURA

27-Número no CRO
60893

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008400090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00				10/05/21		Fufaura
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	01		61,00				10/05/21		Fufaura
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	01		61,00				10/05/21		Fufaura
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
10/05/21	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	194,00									

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Dra. Melissa Yonekura
Cirurgiã Dentista
CROSP 60893